

返送先 FAX 03-3334-2156

認知症介護研究・研修東京センター担当宛

認知症介護指導者の情報公開等に関するアンケート（修正用）

氏名と修正を希望する情報を記入の上 FAX にて送信ください。

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		
指導者氏名		
認知症介護指導者として登録している都道府県・指定都市	_____ 都・道・府・県・市	
所属施設・事業所のある市区町村名（主なところ一つ）	<input type="checkbox"/> 公表する → <input type="checkbox"/> 公表しない	_____ 市・区・町・村
所属施設・事業所名（主なところ一つ・法人名も可・管理者等と相談の上、決定ください）	<input type="checkbox"/> 公表する → <input type="checkbox"/> 公表しない	
指導者研修の修了期	<input type="checkbox"/> 公表する → <input type="checkbox"/> 公表しない	第 _____ 期 <input type="checkbox"/> わからない
コメント欄の掲載事項（100字以内で記入ください）	<input type="checkbox"/> コメントなし	

返送先 FAX 03-3334-2156